Schizofrenia

poradnik

www.lundbeck.pl



Poradnik powstał dzięki finansowemu wsparciu firmy H. Lundbeck A/S - międzynarodowego koncernu farmaceutycznego zaangażowanego w badania, rozwój, produkcję, marketing i sprzedaż leków stosowanych w terapii zaburzeń psychicznych i neurologicznych.

Spis treści

Przedmowa

Zaburzenia psychiczne, takie jak schizofrenia, nawet w XXI wieku, nie spotykają się ze zrozumieniem, są nieprawidłowo diagnozowane i zbyt rzadko leczone. Mimo postępu w medycynie i metodach leczenia dostępnych dla tego schorzenia, który miał miejsce w ostatnich dziesięcioleciach, możliwości leczenia schizofrenii nadal nie zaspokajają wielu potrzeb, a powstawanie choroby nadal nie jest w pełni wyjaśnione.

Pierwszym ważnym krokiem dla poprawienia tej sytuacji byłoby, zarówno dla pacjentów, ich rodzin, opiekunów, jak i lekarzy, opracowanie metod leczenia o wyższej skuteczności wobec wszystkich typów objawów schizofrenii i mniejszej liczbie towarzyszących objawów ubocznych. Metody te powinny równie szybko wywierać pozytywne działanie na zaburzenia występujące razem ze schizofrenią, jak i te dotyczące sprawności poznawczej lub nastroju. Ponadto nadal obecna jest znaczna grupa pacjentów nie reagujących na dostępne sposoby leczenia. Dlatego nie wolno rezygnować z badań nad nowymi lekami, które mogą być skuteczne u tych pacjentów.

Udoskonalenie leków nie jest jedyną potrzebą w leczeniu tego schorzenia. Wcześniejsze ustalenie rozpoznania byłoby również bardzo pomocne, podobnie jak częstsze wizyty kontrolne oraz bardziej dostępna i spójna opieka społeczna.

Kolejnymi zagadnieniami wartymi rozważenia jest poprawa komunikacji pomiędzy pacjentem, rodziną i lekarzem oraz aktywne włączanie rodzin i opiekunów w proces leczenia i opieki.

We wszystkich tych obszarach toczą się badania naukowe poszukujące nowych metod leczenia i opieki zdrowotnej, uwzględniające najważniejszy cel badawczy, jakim jest odkrycie przyczyny powstawania choroby i możliwość jej wyleczenia. Tymczasem, prowadzenie działań edukacyjnych zwiększających wrażliwość na choroby psychiczne i zapobiegających stygmatyzacji jest wartościowym sposobem poprawiającym los chorych na schizofrenię.

Poradnik powstał z myślą, aby być zwięzłym przewodnikiem poświęconym schizofrenii, dostarczającym czytelnikowi więcej informacji na temat tego schorzenia.



Inger Nilsson
Przewodnicząca Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Rodzin Osób z Chorobą Psychiczną (EUFAMI)



EUFAMI - European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness

Czym jest schizofrenia?

Schizofrenia jest jedną z najczęstszych ciężkich chorób psychicznych[1], dotykającą około 24 miliony ludzi na świecie[2]. Uważa się, że jej przyczyną są zaburzenia równowagi pomiędzy substancjami chemicznymi w mózgu (nazywanymi neuroprzekaźnikami). Charakterystyczną cechą schizofrenii jest występowanie epizodów psychotycznych (urojeń, omamów, zdezorganizowanego zachowania) oraz okresów zubożenia emocjonalnego, apatii i wycofania. Choć objawy te można w znacznym stopniu leczyć, zaburzenie to nadal pozostaje stanem bardzo złożonym i słabo zrozumianym, a słowo „schizofrenia" wiąże się ze znaczną stygmatyzacją, jest także często nadużywane.

Osoba ze schizofrenią doświadcza stanu, w którym jej myśli (procesy poznawcze), emocje i zachowanie są zaburzone w takim stopniu, że bardzo trudną lub nawet niemożliwą staje się prawidłowa ocena rzeczywistości. Te procesy stanowią podłoże, na którym rozwijają się różnorodne objawy choroby. Zwykle należą do nich omamy, urojenia, apatia, zubożenie emocjonalne, dziwaczne zachowanie, zaniedbanie wyglądu i wycofanie społeczne. Schizofrenia wpływa na większość obszarów funkcjonowania człowieka i ostatecznie prowadzi do powstania objawów, które są odbierane jako dziwaczne i przerażające zarówno przez pacjenta, jak i osoby w jego otoczeniu.

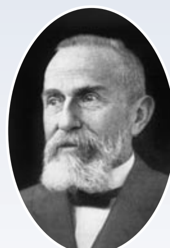
Zdjęcia dzięki uprzejmości Instytutu Maxa-Plancka i www.corbis.com

Chociaż zaburzenia psychiczne były badane i opisywane od kiedy tylko rozpoczęto opisywanie schorzeń medycznych, to dopiero niemiecki psychiatra Emil Kraepelin (1856-1926), był pierwszym lekarzem, który je sklasyfikował jako rzeczywiste choroby, cechujące się typowym początkiem, przebiegiem i zakończeniem. W swojej klasyfikacji Kraepelin wyróżnił stan, nazwany „dementia praecox", oznaczający otępienie wczesne.

Dementia praecox została następnie przemianowana na schizofrenię, w wyniku intensywnych badań nad objawami tego schorzenia, prowadzonych przez szwajcarskiego psychiatrę Eugena Bleulera (1857-1939). Nazwa schizofrenia (od greckich słów schizo = pęknięcie, podział, rozłam i phrenos = umysł) została wybrana, aby odzwierciedlić słabe powiązanie pomiędzy procesami myślowymi (poznawczymi) osoby z tą chorobą i innymi funkcjami umysłu, takimi jak emocje, zachowanie i własna wola. Jednak powszechnym błędem, jest postrzeganie schizofrenii jako rozdwojenia, czy też zwielokrotnienia osobowości.



Emil Kraepelin (1856-1926)

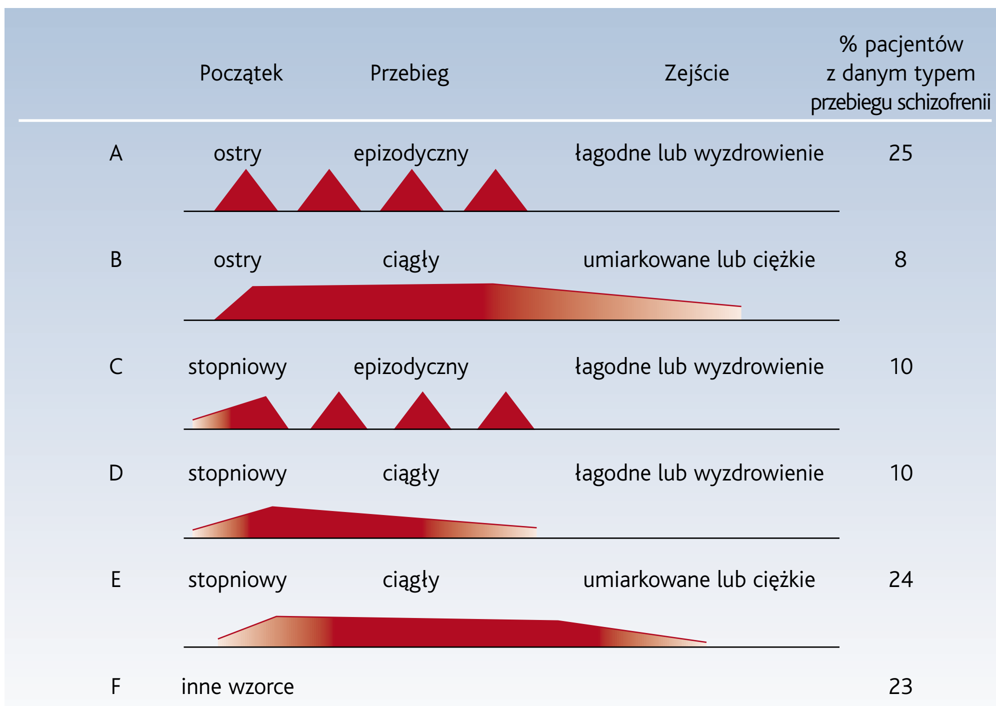


Eugen Bleuler (1857-1939)

Przebieg schizofrenii

Sposób występowania objawów i epizodów psychotycznych w przebiegu schizofrenii różni się u poszczególnych pacjentów (Rycina 1). Ponadto obraz choroby może ulegać zmianom w trakcie jej trwania, różne typy objawów mogą stawać się okresowo objawami dominującymi.[3] Zasadniczo przebieg schizofrenii jest długotrwały (przewlekły). Nawracające krótkotrwałe (ostre) epizody charakteryzujące się nasilonymi objawami psychotycznymi występują pomiędzy dłuższymi okresami, w trakcie których objawy psychotyczne są mniej nasilone lub nawet nieobecne. Inne objawy, takie jak objawy negatywne i zaburzenia poznawcze, są często obecne w obu okresach choroby.

Rycina 1. Schematy różnych typów przebiegu schizofrenii.



Adaptacja z: Target schizophrenia. The Association of the British Pharmaceutical Industry, Londyn, 2003.[1]

Początek choroby może być nagły lub poprzedzony tygodniami, miesiącami, a nawet latami stopniowego narastania objawów. Jest to tak zwana **faza prodromalna**. Objawy prodromalne są niespecyficzne i mogą obejmować różne formy izolowania się od społeczeństwa, zaniedbywanie higieny osobistej, utratę zainteresowania pracą lub nauką oraz pojawienie się dziwacznych zachowań czy przekonań.

Epizod psychotyczny (faza ostra choroby) charakteryzuje się występowaniem tak zwanych objawów pozytywnych, polegających na tym, że osoba chora doświadcza urojeń, omamów, lęku i może utracić poczucie rzeczywistości.

W trakcie leczenia, a w nielicznych przypadkach nawet i bez leczenia, ta ostra faza choroby ulega wyciszeniu, pozostawiając chorego w stanie umożliwiającym funkcjonowanie (w stanie remisji) lub w stanie z obecnymi, w różnym stopniu nasilenia, objawami negatywnymi i/lub zaburzeniami poznawczymi. Do tych objawów zaliczamy zubożenie emocjonalne, brak napędu/zainteresowań, trudności w planowaniu i myśleniu abstrakcyjnym oraz skłonność do izolowania się od społeczeństwa.

Ten okres, w którym leczenie jest skuteczne, nazywany jest **fazą stabilizacji**.

Przebieg choroby nie jest możliwy do przewidzenia po wystąpieniu pierwszego epizodu psychotycznego. Około 15% osób, u których wystąpił ostry epizod schizofrenii nigdy nie będzie miało kolejnego epizodu, a zatem całkowicie wyzdrowieje.[4] Niestety znacznie bardziej prawdopodobnym jest, że u danego pacjenta wystąpią kolejne ostre epizody psychotyczne przeplatane okresami z objawami rezydualnymi (resztkowymi)[4]. Całkowita remisja (wyzdrowienie) staje się mało prawdopodobna, jeśli w długim okresie czasu występował przebieg schizofrenii z licznymi epizodami. Ponadto 50% pacjentów ze schizofrenią próbuje w jakimś momencie choroby popełnić samobójstwo, co u 10% pacjentów kończy się śmiercią.[1] W grupie osób ze schizofrenią całkowity współczynnik śmiertelności jest znacznie wyższy niż w populacji ogólnej (z powodu współwystępowania wielu schorzeń medycznych oraz w wyniku dokonanych samobójstw).

Pierwsza wizyta u lekarza

Pani Maria zapisała się na wizytę do swojego lekarza rodzinnego, aby porozmawiać o swoim 18-letnim synu Tomaszu. Tomasz był zdrowym fizycznie, młodym mężczyzną , jednak w ciągu ostatnich kilku miesięcy jego zachowanie stawało się coraz bardziej niepokojące. Stracił on zainteresowanie kontaktami z innymi ludźmi, również spotkaniami ze swoimi przyjaciółmi. Przestał reagować na wszelkie próby wciągnięcia go do rozmowy. Niekiedy szeptał jakieś zagadkowe, niezrozumiałe frazy. Spędzał większość czasu, wycofany, w swoim pokoju, odzywając się jak gdyby rozmawiał z kimś „niewidzialnym". Podczas wizyty lekarz nie był w stanie uzyskać od Tomasza ani jednej spójnej odpowiedzi na zadawane pytania. Postanowił skierować go na dalsze badania diagnostyczne do psychiatry.

Kogo dotyka schizofrenia?

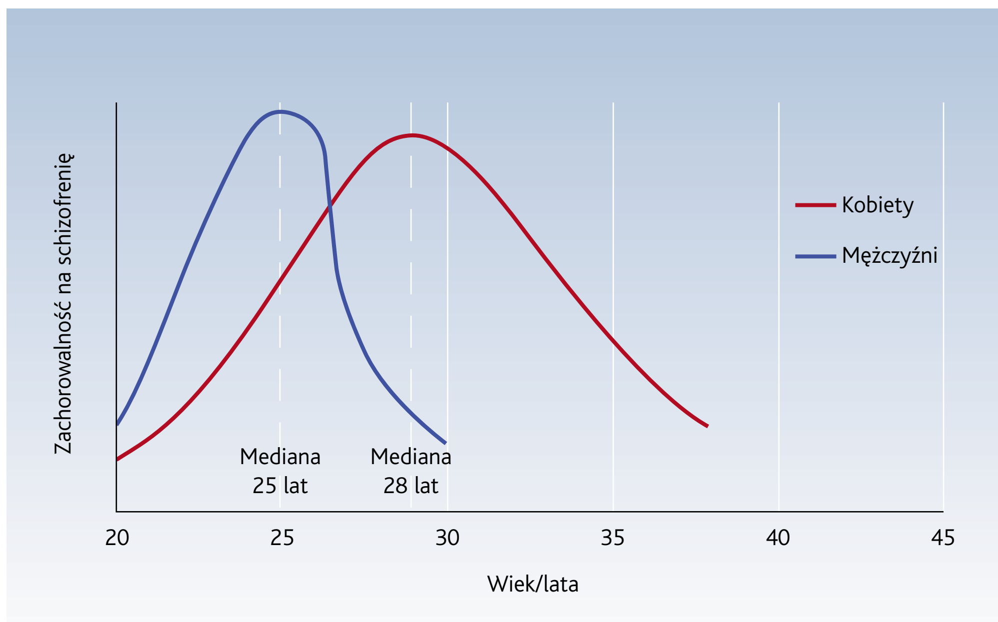
Schizofrenia rozpoczyna się najczęściej u młodych dorosłych. Początek choroby przypada najczęściej pomiędzy 15, a 25 rokiem życia.[5] Choroba rzadko rozpoczyna się po 40 roku życia, chociaż jej wystąpienie jest możliwe w każdym wieku.

Mężczyźni i kobiety chorują mniej więcej z równą częstością. Jednakże u mężczyzn choroba zaczyna się średnio o 3-5 lat wcześniej niż u kobiet (Rycina 2). Istnieją również badania wskazujące, że objawy, przeważnie, są bardziej nasilone u mężczyzn niż u kobiet, u których zaostrzenie objawów może nastąpić dopiero w okresie menopauzy.

Schizofrenia występuje we wszystkich kręgach kulturowych.[5]

Wiele znanych osób cierpiało na schizofrenię. Należeli do nich na przykład Wacław Niżyński (choreograf i baletmistrz), Syd Barrett (muzyk, Pink Floyd), Peter Green (muzyk, Fleedwood Mac), a także Eduard Einstein (syn fizyka, Alberta). Schizofrenia była także tematem licznych filmów. Jednym z nich jest oparty na prawdziwej historii amerykańskiego matematyka i ekonomisty Johna Nasha obraz „Piękny umysł“, kolejny film to „Blask“ inspirowany autentycznymi losami pianisty Davida Helpffgotta czy wreszcie fikcyjna opowieść „Lot nad kukułczym gniazdem“.

Rycina 2. Względne ryzyko wystąpienia schizofrenii w zależności od wieku i płci.



Adaptacja z: Target schizophrenia. The Association of the British Pharmaceutical Industry, Londyn, 2003.[1]

Konsekwencje schizofrenii

Schizofrenia, jako ciężkie schorzenie o zmiennym przebiegu, związana jest ze złożonymi konsekwencjami.

Oczywistymi i poważnymi następstwami schizofrenii są te doświadczane przez samego pacjenta - nasilony lęk i niepokój podczas epizodów psychotycznych powodowane przez omamy, urojenia i utratę poczucia rzeczywistości. Cierpienie związane z koniecznością radzenia sobie w będących wynikiem choroby nierealnych sytuacjach, które jednak wydają się pacjentowi prawdziwe i rzeczywiste, jest nie tylko udziałem pacjenta. Rodzinie i przyjaciołom również niezwykle trudno jest stawiać czoło często alarmującym zmianom w zachowaniu pacjenta. Na każdego pacjenta chorującego na schizofrenię przypada około 10 osób z jego otoczenia dotkniętych konsekwencjami choroby.[1] Może to prowadzić do pogarszania się ich wzajemnych relacji, utrudniać podejmowanie koniecznych decyzji związanych z zapewnieniem opieki choremu, dodatkowo zwiększając obciążenie i stres związany z zaistniałą sytuacją chorobową.

Poza tymi emocjonalnymi następstwami, schizofrenia może wpływać na przyszłość chorego, zmniejszając poziom wykształcenia i możliwości zatrudnienia, co przekłada się na bezpieczeństwo finansowe pacjenta. Nieregularny przebieg i nieprzewidywalny charakter choroby powoduje, że utrzymanie stałej pracy i samodzielne życie staje się niezwykle trudne dla większości chorych. Dlatego informowanie i udzielanie wsparcia pacjentom i ich rodzinom jest niezbędne dla zapewnienia właściwej opieki oraz zapobiega pojawianiu się coraz poważniejszych trudności, takich jak na przykład rozpad rodziny, nadużywanie alkoholu i narkotyków, czy bezdomność. Z tych powodów koszty opieki zdrowotnej i wspierania pacjentów ze schizofrenią są wysokie i bardzo zróżnicowane. Tylko 1% tych kosztów stanowią koszty wynikające z konieczności stosowania leków. Objęcie pacjenta opieką środowiskową zaraz po zakończeniu leczenia szpitalnego jest niezbędne z bardzo wielu powodów. Jednym z ważniejszych jest obserwacja, ponieważ w ciągu sześciu pierwszych tygodni po wypisaniu ze szpitala, po pierwszym epizodzie psychotycznym, występuje największe ryzyko popełnienia samobójstwa.

Wszystkie te problemy, w połączeniu ze stygmatyzacją doświadczaną przez pacjentów, są często nie rozumiane przez otoczenie i mogą powiększać trudności jakim muszą sprostać chorzy na schizofrenię. Zmniejszają one także szansę na przywrócenie pacjentom godziwej jakości życia.

Piśmiennictwo

1. ABPI. Target schizophrenia. May 2003.
2. Word Health Organization (WHO). Schizofrenia. http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/, dane z marca 2006.
3. Marneros A, Deister A, Rohde A. Validity of the negative/positive dichotomy for schizophrenic disorders under long-term conditions. Schizophr Res 1992; 7 (2): 117-123.
4. Watt DC, Katz K, Shepherd M. The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. Psychol Med 1983; 13 (3): 663-670.
5. NHS National electronic Library for Health. www.nelmh.org/home_schizophrenic.asp?c=10, accessed March 2006.

Jaka jest częstość występowania schizofrenii?

Schizofrenia najczęściej ujawnia się u młodych dorosłych (od 15 do 25 roku życia). Chociaż mężczyźni i kobiety dotknięci są tą chorobą w równym stopniu, to objawy mogą ujawniać się później u kobiet (Rycina 2, strona 11).[1] Schizofrenia jest dość częstą chorobą, jednak ustalone wskaźniki częstości jej występowania mogą różnić się w poszczególnych regionach świata ze względu na różnice w kryteriach rozpoznawania, metodach badania i poziomie opieki medycznej.

Dane z różnych badań wskazują na 0,5% częstość występowania (łączna liczba przypadków w populacji). Oznacza to, że w skali świata schizofrenia dotyka 1 na 200 osób.[2] Należy zwrócić uwagę na fakt, że częstość występowania schizofrenii jest zmienna w zależności od wieku, wzrasta do 40 roku życia, a następnie maleje.[2] Przybliżone ryzyko wystąpienia schizofrenii w ciągu całego życia wynosi 1% (1 osoba na 100). Ta częstość występowania wydaje się być bardziej reprezentatywna, gdy bierze się pod uwagę grupy największego ryzyka, czyli osoby w wieku 20 do 39 lat.[2]

W badaniach analizujących ilość nowych przypadków schizofrenii stwierdzono 21,8 zachorowań na 100 000 osób w ciągu roku (wskaźnik zachorowalności 0,02%). Zachorowalność jest niższa niż częstość występowania, ponieważ schizofrenia jest chorobą przewlekłą i liczba przypadków w populacji ulega kumulacji.[3]

Różnice w występowaniu schizofrenii na świecie

Częstość występowania schizofrenii na świecie nie jest zależna od regionu geograficznego i jest względnie stała pomiędzy wszystkimi regionami świata.[2] Zaobserwować można jednak pewne różnice w niektórych regionach z większą liczbą przypadków w obrębie wielkich miast.

Chociaż częstość występowania schizofrenii jest mniej więcej podobna we wszystkich częściach świata, to dostępność leczenia jest niestety bardzo zróżnicowana. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że 90% pacjentów z nie leczoną schizofrenią mieszka w krajach rozwijających się.[3]

Piśmiennictwo

1. ABPI. Target schizophrenia. May, 2003.
2. Tsuang MT, Faraone SV. Schizophrenia, the facts. Second edition. Oxford University Press, 1997.
3. World Health Organization (WHO). Schizophrenia. www.who.int/mental_health/management/schizophrenia, accessed March 2006.

Jakie są przyczyny powstawania schizofrenii?

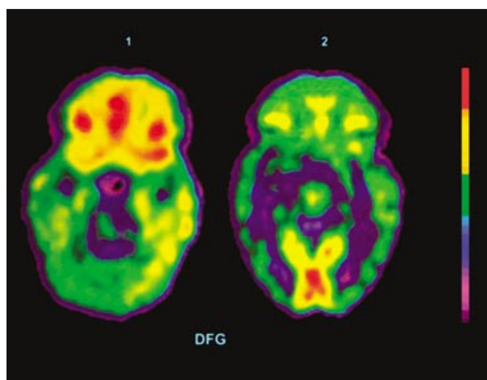
Dokładne przyczyny powstawania schizofrenii nie są jeszcze znane, chociaż badania wskazują, że wystąpieniu schorzenia sprzyja nakładanie się czynników genetycznych i środowiskowych wpływających na funkcjonowanie mózgu.

Co dzieje się w mózgu? - proces chorobowy

Objawy schizofrenii wiążą się ze zmianami aktywności różnych obszarów mózgu, co można uwidocznić stosując specjalne techniki obrazowania mierzące aktywność odpowiednich regionów (Rycina 3). Wciąż pozostaje niejasnym, jakie dokładnie procesy są przyczyną tych zmian aktywności mózgu. Uznaną jest jednak teoria, że u osób ze schizofrenią występuje zaburzona równowaga pomiędzy substancjami chemicznymi (neuroprzekaźnikami) przekazującymi sygnały pomiędzy komórkami nerwowymi w mózgu. Omamy wzrokowe, na przykład, mogą być powodowane nadmierną stymulacją pewnych regionów mózgu przez neuroprzekaźnik dopaminę[1], a objawy negatywne mogą być związane z obniżeniem aktywności dopaminy w innych obszarach mózgu.

Ponadto badania obrazowe mózgu wykonywane u osób ze schizofrenią ujawniają, że przestrzenie płynowe, zwane układem komorowym, mogą być powiększone w niektórych postaciach tej choroby. Ciała migdałowate i hipokamp mogą być zmniejszone (Rycina 4).[2] Pozostaje wciąż niewyjaśnione, w jaki sposób te zmiany anatomiczne wiążą się z objawami schizofrenii.

Rycina 3. Zmiany aktywności mózgu u pacjentów ze schizofrenią.

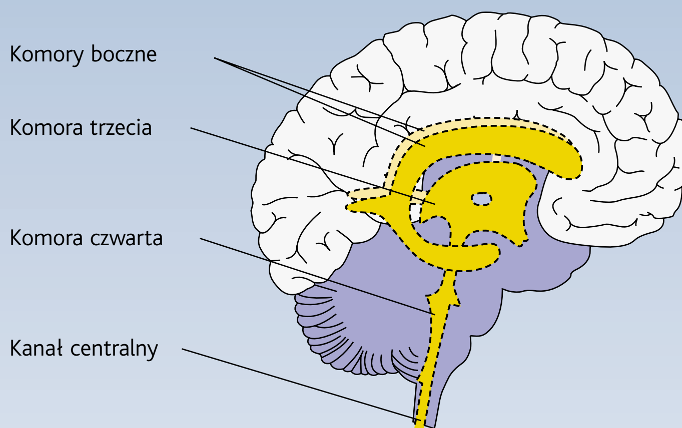


Przedstawiony, z użyciem kolorów, wynik pozytronowej emisyjnej tomografii komputerowej (PET); 1 - przekrój osiowy przez mózg osoby zdrowej (po stronie lewej); 2 - osoby ze schizofrenią (po stronie prawej). Kolory ukazują poziom aktywności podczas testu utrzymania uwagi. Czerwony oznacza obszary o wysokiej aktywności, poprzez żółty, zielony do czarnego (bardzo niska aktywność). Badanie mózgu osoby ze schizofrenią wykazuje znacznie niższą aktywność w płacie czołowym.

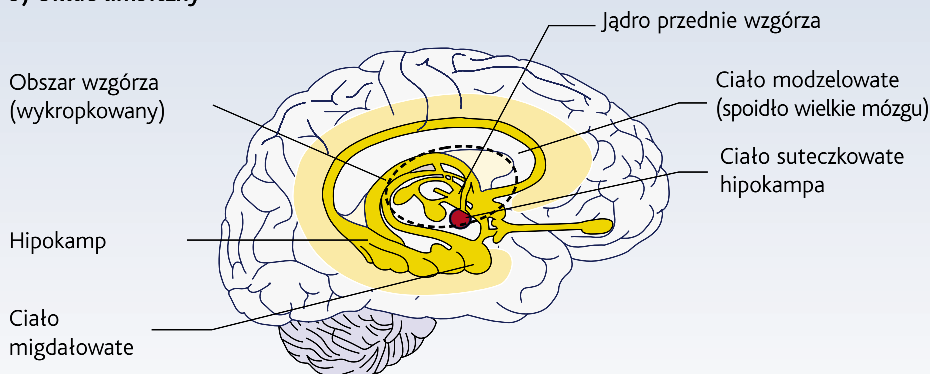
Obrazy zaczerpnięte z Science Photo Library.

Rycina 4. Wybrane obszary mózgu - przestrzenie płynowe, zwane układem komorowym, mogą być powiększone w niektórych postaciach schizofrenii, a ciała migdałowate i hipokamp zmniejszone.

a) Układ komorowy mózgu i kanał centralny



b) Układ limbiczny

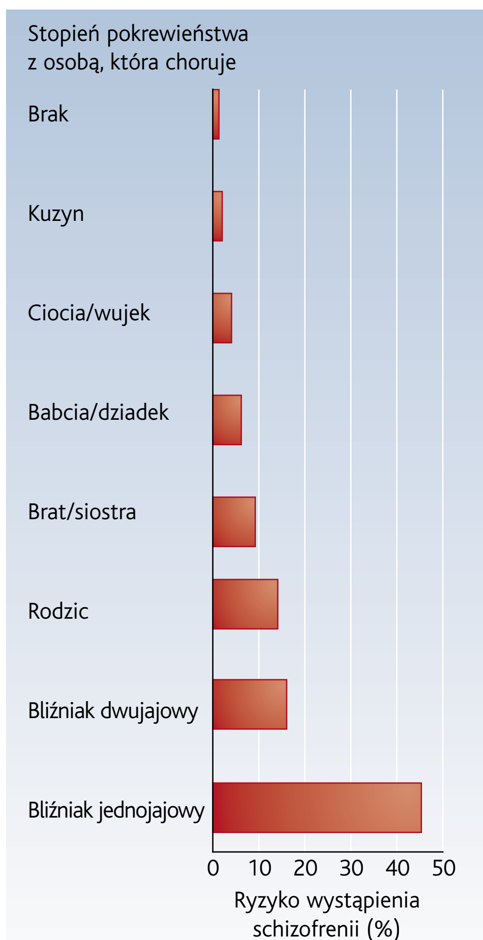


Czy schizofrenia jest dziedziczna?

Rodzice i rodzeństwo osoby ze schizofrenią mają 10-krotnie większe ryzyko zachorowania niż osoba z tak zwanej populacji ogólnej. Ryzyko to jest 15-krotnie większe u dzieci osób ze schizofrenią (Rycina 5)[3]. Jednakże badania przeprowadzone wśród bliźniąt jedno- i dwujajowych wykazują, że nie tylko czynniki genetyczne mają znaczenie w powstawaniu choroby. Wśród par bliźniąt jednojajowych, w których jedno z bliźniąt zachorowało na schizofrenię, drugie z bliźniąt (dziedziczące po rodzicach dokładnie te same geny) zapadało na schizofrenię tylko w około 50% przypadków.[3]

Podsumowując należy stwierdzić, że geny (prawdopodobnie współudział wielu genów jednocześnie) są ważnym czynnikiem decydującym o tym, czy u danej osoby wystąpi, czy też nie wystąpi schizofrenia. Jednak i inne czynniki mają istotne znaczenie.

Rycina 5. Ryzyko wystąpienia schizofrenii w rodzinie, w zależności od stopnia pokrewieństwa.



Adaptacja z: Target schizophrenia. The Association of the British Pharmaceutical Industry, Londyn, 2003.[4]

Czy środowisko może być czynnikiem ryzyka?

Jeżeli nie tylko geny są odpowiedzialne za wystąpienie schizofrenii (co wykazały badania bliźniąt), to w takim razie znaczenie musi mieć również środowisko - prawdopodobnie działające jako czynnik wyzwalający podłoże genetyczne.

Płeć męska i urodzenie się zimą to znane czynniki związane z wcześniejszym wystąpieniem i większym ryzykiem zachorowania na schizofrenię. Jednakże mechanizm leżący u podłoża tego zjawiska jest nieznany.[2] Długotrwałe stosowanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (marihuany i pochodnych konopi, środków stymulujących) uważane jest za czynnik zwiększający ryzyko zachorowania; także alkohol może zmieniać „chemię" mózgu i prowadzić do schizofrenii.[5] Inne czynniki środowiskowe brane pod uwagę to: stres, infekcje wirusowe, kontakt z toksynami, urazy w okresie przedporodowym i w dzieciństwie oraz zaburzenia relacji w obrębie rodziny. Związek pomiędzy tymi czynnikami, a wystąpieniem choroby jest jednak słabiej udokumentowany.

Piśmiennictwo

1. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principles of neural science. Fourth edition. McGraw Hill, 2000.
2. Frith C, Johnstone E. Schizophrenia. A very short introduction. Oxford University Press, 2003.
3. Tsuang MT, Faraone SV. Schizophrenia, the facts. Second edition. Oxford University Press, 1997.
4. ABPI. Target schizophrenia. May, 2003.
5. NHS National electronic Library for Health. www.nelmh.org/home_schizophrenic.asp?c=10, accessed March 2006.

Jak rozpoznaje się schizofrenię?

Schizofrenia jest zaburzeniem wymagającym wielowymiarowego podejścia w rozpoznawaniu z powodu różnorodności objawów, ale jednocześnie braku możliwości potwierdzenia ich badaniami laboratoryjnymi. Z tych powodów schizofrenia jest rozpoznawana przez psychiatrów głównie na podstawie rozmowy - wywiadu z pacjentem, podczas którego lekarz zbiera informacje o objawach doświadczanych przez pacjenta. Specjalista ustala także jak długo one trwają i w jakim stopniu wpływają na codzienne życie chorego. Lekarz może również skorzystać z rozmowy z rodziną lub przyjaciółmi pacjenta. Czasami nie jest możliwe rozpoznanie schizofrenii we wczesnym okresie choroby. Objawy mogą być zbyt słabo nasilone lub niespecyficzne, a w takiej sytuacji część lekarzy niechętnie stawia ostateczną diagnozę, ze względu na niemal natychmiastowe poważne osobiste i społeczne konsekwencje dla pacjenta, u którego rozpoznaje się schizofrenię.

Rozpoznanie

Istnieją dwa główne systemy klasyfikacji chorób psychicznych, w oparciu o które rozpoznaje się schizofrenię. Są to:

- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), która została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i jest stosowana w Polsce, podobnie jak w całej Europie[1],
- Klasyfikacja DSM-IV (Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych, wydanie czwarte) wydana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, jest stosowana w Stanach Zjednoczonych.[2]

Te dwa systemy klasyfikacji zawierają kryteria, które muszą być spełnione, aby można było postawić rozpoznanie. Pierwszym jest występowanie u danego pacjenta kombinacji **objawów osiowych** takich jak: omamy, urojenia, zaburzenia myślenia, zaburzenia funkcjonowania (zawodowego, społecznego, w zakresie samoobsługi). Dodatkowo objawy muszą trwać przez **określony czas** (1-6 miesięcy), w zależności od stosowanego systemu klasyfikacji. Wreszcie pacjent nie może spełniać tak zwanych **kryteriów wykluczenia** diagnozy, to znaczy lekarz musi upewnić się, że objawy nie są powodowane innymi przyczynami, jak na przykład nadużywaniem narkotyków, guzem mózgu, padaczką czy zaburzeniami nastroju. W taki właśnie sposób psychiatra przeprowadza różnicowanie schizofrenii z innymi diagnozami.

Rozpoznanie różnicowe schizofrenii - odróżnianie schizofrenii od innych chorób

Kilka innych schorzeń może powodować objawy zbliżone do tych obserwowanych w schizofrenii. Aby móc skutecznie leczyć, niezwykle ważnym jest odróżnienie schizofrenii od tych innych chorób. Część z nich przedstawia Tabela 1.

Zaburzenia schizoafektywne

Niektórzy pacjenci mają zarówno zaburzenia afektywne (nastroju) jak i schizofrenię. W tych przypadkach może być postawione rozpoznanie zaburzenia schizoafektywnego. Nadal jednak nie do końca wyjaśniono, czy schizofrenia i zaburzenie schizoafektywne są oddzielnymi zaburzeniami, czy też skrajnymi postaciami tej samej choroby.[3]

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland. © World Health Organization, 1992.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington, USA © American Psychiatric Association, 1994.

3. Tsuang MT, Faraone SV. Schizophrenia, the facts. Second edition. Oxford University Press, 1997.

Tabela 1. Choroby o podobnych do schizofrenii objawach.

Rodzaj zaburzenia	Przykłady	Czynniki różnicujące
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	Znane nadużywanie narkotyków takich jak: LSD, marihuana, amfetamina, kokaina, ekstazy Nadużywanie alkoholu	Objawy ustępują, gdy ustępuje działanie substancji psychoaktywnej. Należy jednak pamiętać, że długotrwałe nadużywanie tych substancji może prowadzić do nieodwracalnych zmian w mózgu i wywołać objawy schizofrenii.
Zaburzenia psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu lub chorobą somatyczną	Infekcje wirusowe mózgu, padaczka, urazy mózgu, utrata komórek mózgowych związana z wiekiem, guz mózgu Choroby pierwotnie niezwiązane z mózgiem: choroby tarczycy, wątroby, nerek lub cukrzyca	Badania neuroobrazowe mózgu, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wskazują na organiczne podłoże zaburzeń. Badania parametrów biochemicznych krwi i czynności organów (nerek, wątroby, tarczycy, trzustki itp.) pozwalają na stwierdzenie choroby somatycznej.
Zaburzenia nastroju	Choroba afektywna dwubiegunowa, fobia społeczna, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia osobowości	Podobnie jak w schizofrenii w zaburzeniach tych nie ma nieprawidłowości, które mogą być stwierdzone badaniami laboratoryjnymi lub badaniem fizykalnym ciała. Dla ich rozpoznania konieczne jest dokładne badanie psychiatryczne. W przeciwieństwie do schizofrenii, w której afekt (przeżywanie i okazywanie emocji) jest przeważnie blady lub niedostosowany, w zaburzeniach nastroju nasilenie okazywanych emocji jest bardzo duże. Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową przejawiają cykliczną zmienność od stanów „wysokich" cechujących się nieuzasadnioną wesołością i pobudzeniem do stanów „niskich" cechujących się depresją (przygnębieniem).



PsycArt

Lundbeck Belgium Art Collection

Jakie są oznaki i objawy schizofrenii?

Objawy schizofrenii są zwyczajowo dzielone na dwie grupy: objawy pozytywne i objawy negatywne. Obie grupy objawów opisane są poniżej.

Objawy pozytywne

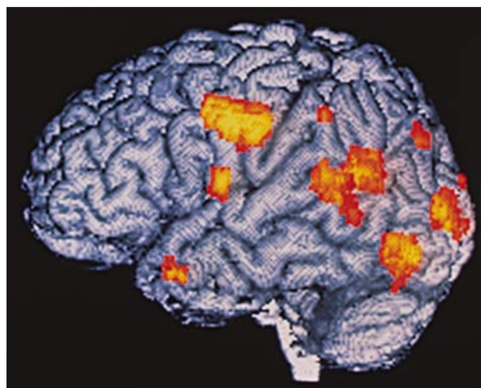
Objawy pozytywne schizofrenii występują głównie w aktywnych okresach choroby, czyli w trakcie epizodów psychotycznych. Objawy te nazywane są pozytywnymi ponieważ są one wytwarzane przez proces chorobowy, dlatego ich pojawienie się pozornie jest najbardziej wyraźną oznaką choroby.

Omamy

Najczęstszą postacią omamów w schizofrenii są omamy słuchowe. Często polegają one na tym, że osoby chore słyszą „głosy" umieszczone w ich głowach albo dobiegające z zewnątrz. „Głosy" prowadzą rozmowy, kłócą się pomiędzy sobą, komentują i krytykują zachowanie chorej osoby. Mogą mieć one stały charakter i być utożsamiane przez pacjenta z konkretnymi osobami. Innym, mniej typowym dla schizofrenii rodzajem omamów (często spotykanym w innych chorobach psychicznych) są omamy smakowe, węchowe i wzrokowe, polegające na odczuwaniu lub widzeniu rzeczy, które nie istnieją w rzeczywistości.

Badania czynności mózgu podczas przeżywania omamów wzrokowych lub słuchowych wykazały, że aktywność mózgu pacjentów ze schizofrenią podczas omamów, jest taka sama jak podczas przeżywania realnych bodźców. Innymi słowy, biorąc pod uwagę obraz aktywności mózgu, pacjenci ze schizofrenią przeżywają omamy tak jakby były one realnymi doznaniami lub doświadczeniami (Rycina 6).

Rycina 6. Aktywność mózgu podczas omamów w schizofrenii.



Badanie rezonansu magnetycznego i pozytronowej emisyjnej tomografii komputerowej (MRI/PET) wskazuje na wzmożoną aktywność wzrokowej i słuchowej kory mózgu (kolor pomarańczowy) podczas przeżywania przez pacjenta omamów.

Obraz zaczerpnięto z Science Photo Library.

Urojenia

Urojeniami nazywamy oczywiście fałszywe i nierealistyczne sądy. Niektóre urojenia nazywane są wtórnymi, jeśli ich powstanie związane jest z próbą interpretacji przez pacjenta przeżywanych omamów. Jeśli, na przykład, pacjent doświadcza omamów słuchowych i słyszy głosy lub ma wrażenie, że słyszy cudze myśli, wtedy może próbować tłumaczyć sobie te przeżycia w taki sposób, że głosy wydobywają się z nadajnika ukrytego w telewizorze, a być może nawet z nadajnika umieszczonego w jego własnej głowie. Idąc dalej, pacjent może zacząć podejrzewać, że za przekazem głosów lub myśli, może stać jakaś organizacja, np.

służby specjalne. W ten sposób dochodzi do powstania urojeń prześladowczych o byciu inwigilowanym przez służby specjalne. Urojenia mogą mieć również charakter pierwotny. Często są wtedy całkowicie niemożliwymi do zaistnienia przekonaniami, które wydają się powstawać bez żadnego powodu, np. „jestem Bogiem" lub „mój mózg jest ze złota". Tego rodzaju pierwotne urojenia są tak dziwaczne, że nie ma wątpliwości co do ich oczywistej błędności. Urojenia występują w pewnym okresie choroby u ponad 90% chorych na schizofrenię.[1]

Dezorganizacja mowy, zachowania i myślenia

Innym rodzajem objawów pozytywnych są zmiany w sposobie mówienia, zachowaniu i myśleniu. Pojawia się rozluźnienie związku pomiędzy myślami, a mową. Wypowiedzi stają się pogmatwane, z przeskokami logicznymi pomiędzy wątkami, często polegają na wypowiadaniu niepowiązanych ze sobą zestawów słów. Również zachowanie staje się zdezorganizowane z narastającym pobudzeniem, i typowym dla dzieci, brakiem przewidywania skutków wykonywanych działań.

Objawy pozytywne
Anna, 30-lenia panna chorująca na schizofrenię, mieszkająca z rodzicami, była wielokrotnie przyjmowana do szpitala z powodu przeżywania urojeń i omamów. Obecnie, rodzice odnaleźli ją wylęknioną, błąkającą się po ulicach. Anna twierdziła, że nie może wrócić do domu, ponieważ każdy jej ruch jest tam obserwowany poprzez ściany. W domu słyszała również głosy krytykujące jej zachowanie i nakazujące jej dokonanie uszkodzeń ciała. Głosy te nie przestały do niej mówić, mimo iż wybiegła z domu. Wszystkie te objawy pojawiały się okresowo od wielu lat, ale ostatnio stały się znacznie częstsze i bardziej nasilone.

Objawy negatywne

Ten rodzaj objawów określany jest słowem „negatywne" ponieważ oznaczają one zanik/ubytek cech prawidłowych. Objawy negatywne z różnym nasileniem i czasem trwania występują pomiędzy aktywnymi okresami choroby, czyli pomiędzy epizodami psychotycznymi.

Objawy negatywne obejmują:

- **spłycenie emocjonalne (płytki afekt)** - osłabienie wszystkich rodzajów ekspresji emocji np. poprzez mimikę twarzy, język ciała, ton wypowiedzi
- **zubożenie wypowiedzi (alogia)** - wypowiedzi są krótkie, rzadko inicjowane lub przekazują mało informacji
- **awolicja** - apatia i brak napędu, aby wykonywać jakiekolwiek czynności
- **anhedonia** - niemożność doświadczania przyjemności
- **wycofanie społeczne** - unikanie towarzystwa innych ludzi, aż do rezygnowania ze związków uczuciowych i relacji seksualnych
- **zachowania katatoniczne** - przyjmowanie niezwykłych postaw ciała, manieryzymy, sztywność ciała. Ciekawą jest obserwacja, że katatonia była kiedyś charakterystyczną cechą schizofrenii we wszystkich regionach świata, ale teraz jest głównie spotykana w krajach rozwijających się.[2] Zachowania katatoniczne obejmują również negatywizm, który polega na odmowie wykonywania nawet uzasadnionych próśb.

Objawy negatywne

21-letni Krzysztof był leczony w szpitalu przed rokiem. Przeżywał wtedy silny lęk, był pobudzony, doświadczał urojeń prześladowczych i omamów słuchowych. Został wypisany po dwóch miesiącach skutecznego leczenia preparatem przeciwpsychotycznym. Od tego czasu mieszka z rodzicami. Ostatnio został namówiony na wizytę u lekarza przez swoją siostrę, która martwiła się poważnymi zmianami jakie zaszły w jego osobowości. Krzysztof porzucił swoją stałą pracę bez żadnego powodu, stał się odludkiem, spędzając większość czasu w łóżku. Był zaniedbany, sprawiał wrażenie, jak gdyby od pewnego czasu przestał się myć i golić. Poprzednio Krzysztof był w bliskich relacjach z innymi członkami rodziny, ale w ostatnich miesiącach chował się głównie w swoim pokoju i często nie chciał rozmawiać nawet ze swoją siostrą i rodzicami. Rodzice i siostra pacjenta twierdzili, że według ich obserwacji, Krzysztof kontynuował przyjmowanie swoich leków przeciwpsychotycznych.

Postacie schizofrenii

Z powodu dużej zmienności objawów stwierdzanych u poszczególnych pacjentów ze schizofrenią, często dokonuje się poddziału tego zaburzenia na podtypy, w zależności od tego jakie objawy dominują. Trzy najczęściej opisywane postacie schizofrenii to:

- **schizofrenia paranoidalna**, w której obecne są głównie przekonania o byciu prześladowanym lub o byciu ofiarą spisku. Ta postać schizofrenii występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn,
- **schizofrenia zdezorganizowana (hebefreniczna)**, w której dominuje niedostosowany afekt i zaburzenia emocji oraz wyraźna zmiana osobowości. Ta postać schizofrenii cechuje się początkiem we wczesnym wieku,
- **schizofrenia katatoniczna**, w której dominuje zahamowanie ruchowe, zaprzestanie wypowiadania się oraz przyjmowanie dziwacznych pozycji ciała, w których pacjent może pozostawać przez długi czas.[3] Takie okresy znieruchomienia, w których pacjent pozostaje w stanie czuwania, często nazywane są osłupieniem.

Zaburzenia poznawcze

Zaburzenia poznawcze można rozważać jako oddzielny stan nie wynikający bezpośrednio z objawów schizofrenii albo jako trzecią kategorię objawów schizofrenii, obok objawów pozytywnych i negatywnych. Funkcje poznawcze odnoszą się do procesów myślowych, które odpowiedzialne są za następujące obszary: uczenie się, pamięć, utrzymanie uwagi, prędkość przetwarzania informacji, rozwiązywanie problemów i planowanie, ocena sytuacji. Obniżenie sprawności poznawczej zmniejsza zdolność logicznego rozumowania i znacząco zmniejsza jakość życia. Zaburzenia poznawcze są powszechne wśród chorych na schizofrenię. W jednym z badań 85% pacjentów będących w stanie zdrowia bliskim całkowitemu wyzdrowieniu nadal wykazywało zaburzenia poznawcze.[4]

Chorzy na schizofrenię zwykle osiągają słabe wyniki w licznych testach sprawdzających sprawność intelektualną. Podczas gdy zadania rutynowe i dobrze opanowane, takie jak czytanie lub liczenie w pamięci, są często nie zakłócone, inne zadania poznawcze, szczególnie te wymagające elastycznego podejścia do rozwiązywania problemu, są często poważnie zaburzone. Panuje zgodność przekonań co do tego, że pacjenci ze schizofrenią wykazują zaburzenia w trzech głównych obszarach poznawczych. Są nimi pamięć, uwaga i funkcje wykonawcze.[5]

Ocena objawów schizofrenii

Poza systemami klasyfikującymi używanymi przy ustalaniu rozpoznania, lekarz może posłużyć się skalami klinicznymi w celu bardziej dokładnej oceny zmienności objawów pacjenta w trakcie przebiegu choroby. Takimi skalami są, na przykład, krótka skala oceny psychiatrycznej (skala BPRS), skala oceny zespołu pozytywnego i negatywnego (PANSS) oraz skala oceny depresji Calgary (CDS).[6,7,8]

Piśmiennictwo:

1. Hirsch SR, Weinberger DR. Schizophrenia. Second edition. Blackwell Publishing, 2005.
2. Concise Medical Dictionary. Sixth edition. Oxford University Press, 2003.
3. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Principles of neural science. Fourth edition. McGraw Hill, 2000.
4. ABPI. Target schizophrenia. May, 2003.
5. Frith C, Johnstone E. Schizophrenia. A very short introduction. First edition. Oxford University Press, 2003.
6. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports 1962; 10:799-812.
7. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13 (2):261-276.
8. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. Schizophr Res 1994; 11 (3):239-244.

Jak leczy się schizofrenię?

Obecnie nie ma metod leczenia, które umożliwiałyby wyleczenie schizofrenii, ale istnieje szereg sposobów leczenia, które skutecznie usuwają objawy choroby i zapobiegają nawrotom epizodów psychotycznych. Skuteczne kontrolowanie objawów jest niezwykle cenne, ponieważ może pomóc osobie ze schizofrenią na powrót do normalnego życia. Leczenie zwykle polega na połączeniu przyjmowania leków z oddziaływaniami psychologicznymi i środowiskowymi oraz na pobytach w szpitalu w okresach ostrych epizodów psychotycznych, jeśli zachodzi potrzeba bardziej intensywnej opieki i monitorowania leczenia.

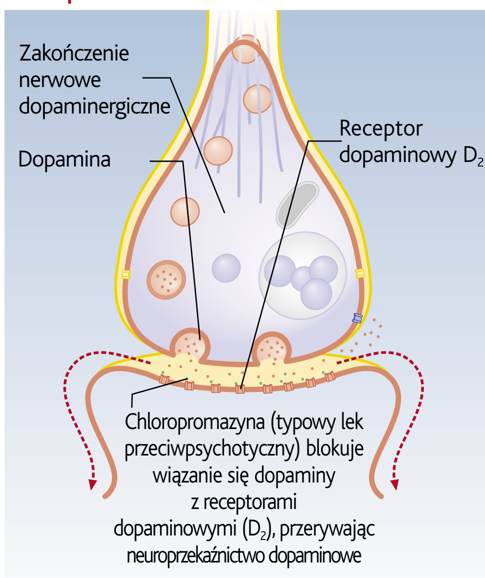
Leczenie schizofrenii jest długotrwałe, często wieloletnie, i wydaje się najbardziej skuteczne jeśli jest rozpoczęte we wczesnym okresie rozwoju choroby.[1] Mimo leczenia objawów schizofrenii, u około jednej trzeciej pacjentów nie obserwuje się poprawy po zastosowaniu standardowych metod leczenia.[2]

Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne schizofrenii polega głównie na stosowaniu leków przeciwpsychotycznych, które pomagają przywrócić równowagę pomiędzy neuroprzekaźnikami w mózgu.

Leki przeciwpsychotyczne po raz pierwszy zastosowano w leczeniu schizofrenii w latach pięćdziesiątych XX wieku. Okazały się one skutecznie działać na objawy pozytywne (omamy, urojenia, itd.). Badania naukowe wykazały następnie, że **typowe** leki przeciwpsychotyczne działają poprzez blokowanie w mózgu aktywności neuroprzekaźnika nazywanego dopaminą (Rycina 7).

Rycina 7. Schemat działania dopaminy jako neuroprzekaźnika.



Nowsze leki przeciwpsychotyczne blokują zarówno szlaki dopaminowe jak i serotoninowe. Te dodatkowe serotoninergiczne mechanizmy działania, nie są jednak jeszcze w pełni wyjaśnione. Blokowanie neuroprzekaźnictwa serotoninowego jest postrzegane jako przyczyniające się do mniejszej liczby ubocznych objawów pozapiramidowych (EPS). Zwiększona ilość dopaminy w układzie mezokortykalnym jest traktowana jako główna przyczyna powstawania objawów pozytywnych. Amfetamina i jej pochodne, które pobudzają szlaki dopaminowe, powodują objawy, które mogą być trudne do odróżnienia od objawów schizofrenii.[2] Blokowanie poprzez leki przeciwpsychotyczne szlaków dopaminowych może jednak prowadzić do objawów pozapiramidowych (szerzej omówionych w rozdziale poświęconym leczeniu przeciwpsychotycznemu).

W ostatnich latach opracowano nowe leki przeciwpsychotyczne, zwane lekami przeciwpsychotycznymi atypowymi. Leki te są co najmniej tak samo skuteczne na objawy pozytywne, jak typowe leki przeciwpsychotyczne. Mogą jednak cechować się większą skutecznością działania na objawy negatywne. Leki atypowe również działają poprzez wpływ na neuroprzekaźniki mózgu (głównie serotoninę i dopaminę). Ich sposób działania wydaje się jednak być różny od sposobu działania typowych leków przeciwpsychotycznych. W szczególności dotyczy to ich atypowego działania polegającego na nie powodowaniu nasilonych objawów pozapiramidowych (Tabela 2). Inne działania uboczne mogą być jednak obecne również w trakcie leczenia tymi lekami.

W związku z tym, przy wyborze leku należy się kierować nie tylko objawami i potrzebami danego pacjenta, ale należy również oszacować bilans korzyści i strat biorąc pod uwagę skuteczność działania leku i obecność objawów ubocznych.

Tabela 2. Lista najczęściej stosowanych leków przeciwpsychotycznych*.

Typowe (klasyczne) leki przeciwpsychotyczne	Atypowe leki przeciwpsychotyczne
Fenactil (Chloropromazyna)	Solian (Amisulpryd)
Mirenil (Flufenazyna)	Serdolect (sertindol)
Fluanxol (Flupentyksol)	Abilify (Aripiprazol)
Haloperidol (Haloperidol)	Leponex, Klozapol (Klozapina)
Perazyna (Perazyna)	Zyprexa (Olanzapina)
Trilafon (Perfenazyna)	Rispolept (Risperidon)
Clopixol (Zuklopentyksol)	Seroquel (Kwetiapina)
	Zeldox (Ziprasidon)

*Leki atypowe są dostępne pod wieloma nazwami handlowymi - nazwy podane w nawiasach są nazwami międzynarodowymi.

Objawy uboczne podczas leczenia lekami przeciwpsychotycznymi

Objawy uboczne powstają wtedy, gdy lekarstwo wywiera działanie uboczne na inne układy mózgu, niż te związane z procesem chorobowym w schizofrenii. Występowanie i nasilenie objawów ubocznych jest zależne od rodzaju stosowanego leku, jest różne również pomiędzy grupami leków. Opis niektórych z działań ubocznych związanych ze stosowaniem leków przeciwpsychotycznych jest zamieszczony w Tabeli 3.

Tabela 3. Objawy uboczne leków przeciwpsychotycznych.

Objaw uboczny	Opis
Objawy pozapiramidowe (EPS)	Grupa objawów ubocznych związanych z układem ruchu (np. drżenie, sztywność, skurcze, ruchy mimowolne, niepokój ruchowy), powodowana głównie przez typowe leki przeciwpsychotyczne wpływające na obszary mózgu związane nie tylko z powstawaniem psychozy, ale również z kontrolą ruchu. Długotrwałe stosowanie leków przeciwpsychotycznych może powodować nieodwracalne objawy uboczne w postaci wystąpienia tzw. późnych dyskinez, zwykle dotyczących mięśni twarzy.
Działanie antycholinergiczne, np. suchość w ustach, pogorszenie ostrości wzroku, zaparcia, zawroty głowy	Objawy powodowane przez niespecyficzne działanie leków przeciwpsychotycznych polegające na blokowaniu aktywności neuroprzekaźnika acetylocholiny.
Sedacja	Częsty objaw uboczny wielu leków przeciwpsychotycznych, manifestuje się uczuciem zmęczenia, znużenia, nadmierną sennością.
Napady padaczkowe	Leki przeciwpsychotyczne mogą obniżać próg drgawkowy. Pacjenci z dodatnim wywiadem występowania napadów padaczkowych w przeszłości mogą mieć zwiększone ryzyko ich ponownego wystąpienia w trakcie leczenia lekiem przeciwpsychotycznym.
Przyrost masy ciała	Częsty objaw uboczny wielu leków przeciwpsychotycznych.
Wzrost stężenia prolaktyny	Zwiększenie we krwi stężenia hormonu prolaktyny, może powodować mlekotok, hamować owulacje, i obniżać popęd płciowy u kobiet. U mężczyzn zwiększony poziom prolaktyny może obniżać popęd płciowy i powodować zaburzenia erekcji.
Złośliwy zespół neuroleptyczny (NMS)	Bardzo rzadkie, ale potencjalnie śmiertelne, powikłanie leczenia lekami przeciwpsychotycznymi powodujące problemy z oddychaniem i czynnością serca.

Najczęstszym działaniem ubocznym leków przeciwpsychotycznych jest wywoływanie objawów pozapiramidowych. Jest to powodowane działaniem leków przeciwpsychotycznych na obszary mózgu odpowiedzialne za kontrolę ruchu. Wyróżnia się trzy główne rodzaje objawów pozapiramidowych: dystonię, akatyzję i objawy rzekomoparkinsonowskie. Objawy te mogą występować nawet u 40-60% pacjentów.[2]

Inne mniej częste działania uboczne obejmują sedację, wzrost masy ciała, podwyższone stężenie prolaktyny (prowadzące do zaburzeń czynności seksualnych), (Tabela 3). Jednak nie wszystkie z wymienionych powyżej objawów ubocznych występują w przypadku każdego leku przeciwpsychotycznego. Istnieją dowody, że niektóre leki przeciwpsychotyczne mogą pogarszać funkcje poznawcze i przez to powodować trudności w klasyfikowaniu zaburzeń poznawczych jako objaw schizofrenii.

Niespełnione oczekiwania wobec leków przeciwpsychotycznych

Ostatnie badania wskazują, że większość pacjentów ze schizofrenią (74%) przerywa leczenie przed upływem 18 miesięcy.[3] Pacjenci przerywają przyjmowanie leków z wielu powodów. Należą do nich przede wszystkim nieskuteczność działania i niemożliwe do zaakceptowania objawy uboczne. Każdy pacjent ma inny profil objawów choroby, a każdy lek przeciwpsychotyczny odmienny profil działań ubocznych. Z tego powodu można oczekiwać, że nie ma prostej odpowiedzi na pytanie, jaki lek należy zastosować w leczeniu choroby. Dobra relacja pomiędzy pacjentem a lekarzem powstrzymuje go przed zaprzestaniem przyjmowania leków, zanim zostanie zaoferowana mu inna możliwość leczenia. Zmiana leku na inny jest bardzo często konieczna dla osiągnięcia najkorzystniejszego stosunku pomiędzy dobrą kontrolą objawów, a obecnością działań ubocznych leku.

Objawy uboczne leczenia farmakologicznego
Rozpoznanie schizofrenii postawiono gdy Karolina miała 28 lat (teraz ma 50 lat). Przez wiele lat była leczona licznymi lekami, które zapewniały dobrą kontrolę objawów. Jednak nieregularne przyjmowanie leków prowadziło do kolejnych pobytów Karoliny w szpitalu. Powodem, dla którego Karolina ryzykowała i przerywała leczenie, było odczuwanie w czasie leczenia „otępienia" emocjonalnego i smutku. Był to objaw uboczny przyjmowanych przez nią lekarstw, uważany za część zespołu objawów pozapiramidowych, odbierany przez pacjentów jako szczególnie przykry. Objawy te powodowały wycofywanie się Karoliny z relacji z innymi ludźmi i brak motywacji do działania, który często był postrzegany jako depresja. Jej lekarz próbował zmniejszać dawki leków, aby obniżyć nasilenie tych objawów ubocznych. Prowadziło to jednak do nawrotu objawów schizofrenii, w tym omamów zakłócających funkcjonowanie.

Oddziaływania psychologiczne, środowiskowe i terapia poznawczo-behawioralna

Oddziaływania psychologiczne, obejmujące interwencje behawioralne, należą do kluczowych metod leczenia schizofrenii i rehabilitacji. Metody te nie odgrywają co prawda pierwszoplanowej roli w opanowywaniu objawów w okresach zaostrzeń psychotycznych, zmniejszają jednak istotnie liczbę nawrotów choroby.[4] Stosowanie ich, w połączeniu z przyjmowaniem leków, może pomóc osobie ze schizofrenią w odtworzeniu funkcjonowania społecznego oraz zdolności do rozwiązywania problemów i komunikowania się.

Psychoterapia obejmuje regularne spotkania pomiędzy pacjentem i terapeutą w celu omawiania obaw i problemów pacjenta z uwzględnieniem ich szerokiego kontekstu, który może, lecz nie musi, być bezpośrednio związany z faktem chorowania na schizofrenię. Sposoby prowadzenia psychoterapii mogą różnić się pomiędzy sobą. Terapia może polegać na omawianiu pojawiających się bieżących problemów, ale również może cofać się w przeszłość - zajmowanie się wydarzeniami z przeszłości ma pomóc pacjentowi odnaleźć nową drogę i uzyskać wgląd w swoje dolegliwości. Terapia behawioralna koncentruje się wyłącznie na zmianie zachowania pacjenta. Na pierwszym planie stawia poprawę radzenia sobie w sytuacjach społecznych.[2] Terapia poznawczo-behawioralna ma na celu pomoc pacjentowi w zmianie jego kluczowych przekonań i/lub sposobu wnioskowania, które powodują dyskomfort, lęk, depresję oraz wpływają na zachowanie w życiu codziennym.

Wspierający charakter tych metod leczenia może również zachęcać pacjenta do lepszego wypełniania zaleceń lekarza odnośnie przyjmowania leków, co jest ogromnym problemem u pacjentów ze schizofrenią. Około 50% pacjentów zaprzestaje przyjmowania leków wkrótce po wypisaniu ze szpitala.[2]

Przyszłe możliwości leczenia

Mimo ogromnego rozwoju metod leczenia farmakologicznego w ostatnich dziesięcioleciach, nadal istnieje wiele niezaspokojonych potrzeb w leczeniu schizofrenii. Oczywistym postępem byłyby metody leczenia cechujące się: większą skutecznością wobec wszystkich rodzajów objawów schizofrenii, mniejszą liczbą działań ubocznych i szybkim początkiem działania. Ponadto, konieczne jest opracowanie metod leczenia dla pacjentów, których objawy nie reagują, na obecnie dostępne leki (są lekooporne). Wcześniejsze rozpoznawanie choroby również byłoby bardzo pomocne, podobnie jak metody leczenia korzystnie wpływające na zaburzenia towarzyszące schizofrenii, obejmujące zaburzenia poznawcze i nastroju (dokładniej opisane w następnym rozdziale - „Jakie inne schorzenia mogą towarzyszyć schizofrenii?").

Badania naukowe toczą się we wszystkich wymienionych powyżej obszarach, poszukując nowych mechanizmów działania leków, możliwych do wykorzystania w leczeniu schizofrenii, i koncentrując się na głównym celu badawczym. Jest nim odnalezienie przyczyny powstania choroby i sposobu jak schizofrenię wyleczyć. Do czasu odkrycia takich metod leczenia prowadzenie edukacji zwiększającej wrażliwość społeczną i zmniejszającej stygmatyzację jest kolejną cenną czynnością poprawiającą los pacjentów ze schizofrenią.



PsycArt

Lundbeck Belgium Art Collection

Piśmiennictwo:

1. National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD). Understanding schizophrenia. © NARSAD, 2003. Accessed online, March 2006.
2. Tsuang MT, Faraone SV. Schizophrenia, the facts. Second edition. Oxford University Press, 1997.
3. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. NEJM 2005; 353 (12): 1209-1223.
4. Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia ñ a review of development, evidence and implementation. Psychother Psychosom 2005; 74 (3): 136-144.

Jakie inne schorzenia mogą towarzyszyć schizofrenii?

Obok objawów schizofrenii u części pacjentów mogą, w trakcie przebiegu choroby, wystąpić inne schorzenia często towarzyszące schizofrenii. Do najczęstszych schorzeń towarzyszących schizofrenii zaliczamy zaburzenia nastroju, takie jak depresja oraz zaburzenia lękowe. Nadużywanie substancji psychoaktywnych jest zaburzeniem bardzo często towarzyszącym schizofrenii, około 50-70% pacjentów nadużywa jednej lub kilku substancji w pewnym okresie choroby.[1]

Osoby cierpiące na schizofrenię oraz na zaburzenia maniakalno-depresyjne (zaburzenia afektywne dwubiegunowe) mają znacznie wyższe ryzyko występowania pewnych schorzeń somatycznych niż średnia w społeczeństwie.[2]

- 2-4 krotnie wyższe ryzyko występowania chorób układu krążenia
- 2-4 krotnie wyższe ryzyko występowania chorób układu oddechowego
- 5-krotnie wyższe ryzyko zachorowania na cukrzycę
- 8-krotnie wyższe ryzyko zakażenia się wirusem zapalenia wątroby typu C
- 15-krotnie wyższe ryzyko zakażenia się wirusem HIV

Zaburzenia nastroju

Zaburzenia nastroju takie jak depresja oraz zaburzenia lękowe wykazują wysokie współwystępowanie ze schizofrenią. Około 75% chorych na schizofrenię doświadcza epizodu depresyjnego w trakcie życia. Jest to uważane za jeden z czynników prowadzących do zwiększonego zagrożenia popełnieniem przez pacjenta samobójstwa.[3]

Współwystępowanie z depresją
Michał, gdy był nastolatkiem, miał problemy z zaburzeniami nastroju oraz z nadwagą. Po 20 roku życia dodatkowo rozpoznano u niego schizofrenię - głównie objawy negatywne, izolowanie się i awolicję. Z tych powodów Michał był leczony lekami przeciwpsychotycznymi, otrzymywał jednak również leki przeciwdepresyjne. Mimo poprawy niektórych z jego objawów, stosowane leczenie doprowadziło do dalszego wzrostu masy ciała, nasilając pierwotne problemy Michała z nadwagą. Wpłynęło to negatywnie na jego zdrowie fizyczne oraz jakość życia.



PsycArt

Lundbeck Belgium Art Collection

Piśmiennictwo:

1. Kosten T, Ziedonis D. Substance abuse and schizophrenia: editorís introduction. Schizophrenia Bulletin 1997; 23: 181-185.
2. www.rethink.org
3. ABPI. Target schizophrenia. May, 2003.

Jakie jest społeczne i ekonomiczne znaczenie schizofrenii?

Społeczne i ekonomiczne następstwa choroby są ważnymi aspektami związanymi z byciem chorym na schizofrenię oraz z jej leczeniem. Schizofrenia jest często chorobą trudną do zaakceptowania przez społeczeństwo - powodem jest brak wiedzy jak postępować, gdy zmieni się zachowanie, wyrażanie emocji, sposób komunikowania i funkcjonowanie chorej osoby. Aby móc żyć z takimi objawami chory na schizofrenię wymaga troskliwej opieki, co ze zrozumiałych względów związane jest z wysokimi kosztami, zarówno finansowymi jak i osobistymi dla osób sprawujących opiekę.

Znaczenie społeczne

Interakcje z innymi ludźmi

Osoby ze schizofrenią często mają trudności w integrowaniu się z innymi ludźmi. Może to być związane z odczuwaniem strachu, lęku lub powodującymi cierpienie przekonaniami (urojeniami). Mogą do tego prowadzić również takie objawy jak zubożenie mowy, wycofanie, które utrudniają bycie aktywnym towarzysko. Ponadto wiele objawów pozytywnych może nasilać się w trakcie sporów, dyskusji związanych z zaangażowaniem emocjonalnym lub gdy pacjent porusza się w tłumie ludzi.

Problemy z komunikacją mogą być szczególną przeszkodą podczas rozmów z lekarzem, utrudniając pacjentowi wyrażenie swoich potrzeb. Może to utrudniać ocenę ciężkości objawów choroby.

Praca zarobkowa

Nasilone i nawracające objawy pozytywne mogą sprawiać, że stałe wykonywanie pracy może stać się praktycznie niemożliwe dla pacjenta ze schizofrenią. Ponadto objawy negatywne takie jak apatia, niewyraźny i mało dynamiczny sposób wypowiadania się oraz wycofanie często nie pasują do otoczenia w jakim pracuje pacjent. Wreszcie stres związany z dojazdami do pracy oraz z samą pracą może nasilać objawy. Z tych powodów schizofrenia często staje się barierą nie do przebycia w poszukiwaniu zatrudnienia.

Edukacja

Tematem sporów pozostaje odpowiedź na pytanie, czy chorzy na schizofrenię mają obniżony iloraz inteligencji (IQ) w wyniku zachorowania, ponieważ w większości wypadków nie ma możliwości porównania aktualnych wyników pacjenta z wynikami testów na inteligencję wykonanymi przed wystąpieniem choroby. Wiadomo jednak, że stwierdzenie niższych wartości IQ u pacjenta jest związane z gorszą prognozą.[1]

Bezdomność

Uważa się, że około 40% ludzi bezdomnych może cierpieć na choroby psychiczne, w tym schizofrenię.[1] Bezdomność może wynikać z wielu czynników związanych z byciem chorym na schizofrenię. Obejmują one trudności w dostosowaniu się do życia w jednym domu z innymi ludźmi, pozrywane relacje z rodziną i przyjaciółmi, utratę pracy, chęć ucieczki od ludzi, przekonania paranoidalne i urojenia, brak wsparcia finansowego.

Narkotyki, alkohol i przemoc

Nadużywanie narkotyków i/lub alkoholu może być wynikiem odrzucenia przez społeczeństwo, braku pracy, bezdomności. Są to stany często doświadczane przez osoby ze schizofrenią. Szacuje się, że blisko 50% pacjentów ze schizofrenią może okresowo nadużywać alkoholu i narkotyków.

Następstwem nadużywania substancji psychoaktywnych może być zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy, wypadków, ubóstwa finansowego, zaniedbywania wyglądu zewnętrznego. Pacjenci ze schizofrenią nie są z natury agresywni, jednak często tak bywa interpretowane ich zachowanie związane z lękiem lub objawami ubocznymi przyjmowanych leków.

Samobójstwa i śmiertelność

Zachowania samobójcze są częstym następstwem zachorowania na schizofrenię. Około 50% osób dotkniętych schizofrenią może próbować popełnić samobójstwo w pewnym okresie choroby. U 6-13% pacjentów prowadzi to do śmierci.[2] Razem z naturalnymi przyczynami śmierci, związanymi głównie z chorobami serca i układu krążenia, samobójstwa prowadzą do 2-4 krotnego zwiększenia wskaźnika śmiertelności wśród pacjentów ze schizofrenią.

Społeczne następstwa choroby

W wieku 24 lat Kamila odczuła jak duże znaczenie społeczne może mieć dla niej rozpoznana ostatnio u niej choroba, nazywana schizofrenią. Była świadoma, że coraz gorzej daje sobie radę z ukrywaniem objawów choroby (odmiennego zachowania się, przeżywania omamów) przed kolegami z biura, w którym pracowała. Objawy występowały nieregularnie, przez co praktycznie niemożliwym było dla niej przewidzenie, kiedy jej zachowanie może się zmieniać. Unikała rozmowy ze swoim przełożonym o swojej sytuacji, ponieważ obawiała się utraty pracy. Poza pracą czuła się wyizolowana i miała coraz mniej siły, aby próbować to zmienić. Chociaż jej przyjaciele zauważyli zachodzące w niej zmiany, nie chciała opowiedzieć im o swoim zachorowaniu, z powodu wstydu jaki odczuwała z tego powodu oraz lęku, że przyjaciele mogą zacząć ją inaczej traktować.

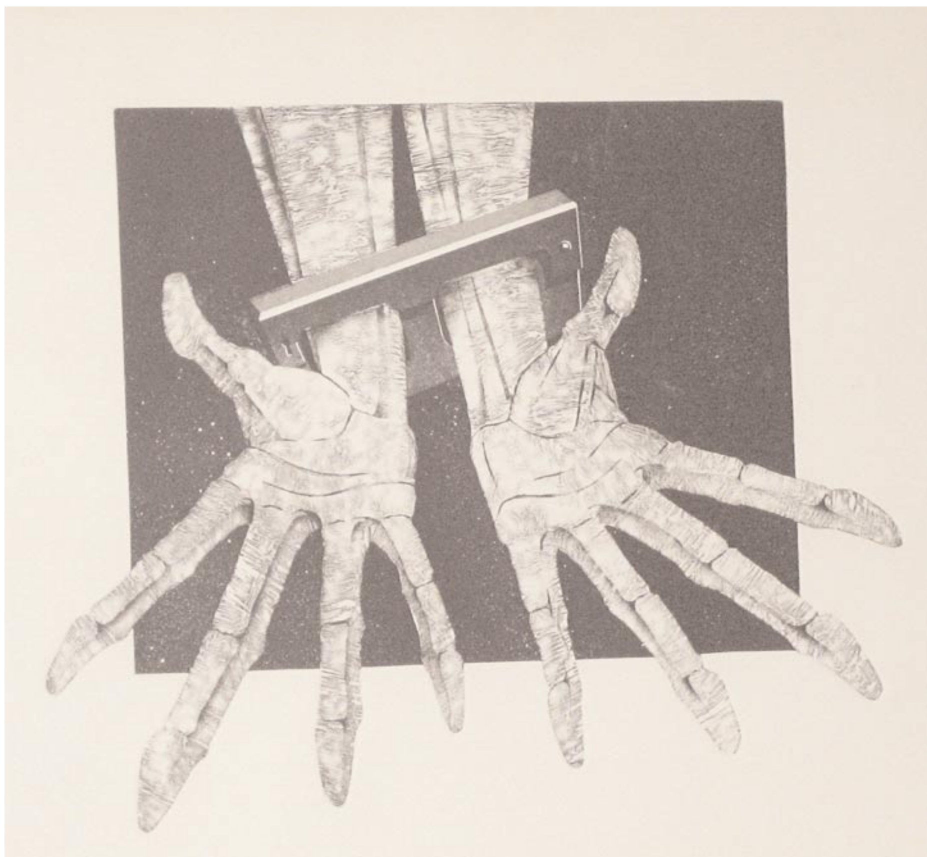
Znaczenie ekonomiczne

Szacunkowy koszt leczenia pacjenta ze schizofrenią wynosi ponad 100 tys. Euro rocznie. Łączne koszty leczenia szpitalnego schizofrenii stanowią 2% kosztów wszystkich pobytów w szpitalu. Wydatki ponoszone na leczenie choroby można podzielić na koszty związane z leczeniem farmakologicznym i koszty nie związane z podawaniem leku. Tylko około 1% całkowitych kosztów opieki nad pacjentem związanych jest z kosztami leku. Wskazuje to na wysokie zapotrzebowanie pacjentów ze schizofrenią na wsparcie inne niż tylko te związane z podawaniem leków. Chociaż chorzy na schizofrenię zwykle wymagają pobytu w szpitalu w okresach epizodów psychotycznych, coraz bardziej kładzie się jednak nacisk na to, aby leczyć pacjentów poza szpitalami psychiatrycznymi. Jest to możliwe dzięki lepszej skuteczności leków przeciwpsychotycznych, jak również zmieniających się priorytetów polityki zdrowotnej odnośnie leczenia tych chorych. W ich wyniku liczba łóżek szpitalnych przeznaczonych do leczenia schizofrenii w krajach Europy Zachodniej spadła o 30-50% w ciągu ostatnich 10 lat.

Aby w pełni ocenić nakłady ekonomiczne związane z leczeniem schizofrenii, do kosztów związanych bezpośrednio z zapewnieniem opieki medycznej, należy dodać koszty pośrednie wynikające z niezdolności do pracy osoby ze schizofrenią oraz każdego członka rodziny lub opiekuna, który z powodu konieczności sprawowania opieki nad pacjentem zmuszony był do odejścia z pracy lub ograniczenia zakresu wykonywanej pracy. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do istotnego związku pomiędzy schizofrenią, a stanem ubóstwa.

Piśmiennictwo

1. Tsuang MT, Faraone SV. Schizophrenia, the facts. Second edition. Oxford University Press, 1997.
2. ABPI. Target schizophrenia. May, 2003.



Psyc Art

Lundbeck Belgium Art Collection

Inne źródła informacji

Ten rozdział przedstawia wybór stron internetowych i książek oferujących dalsze informacje na temat schizofrenii.

Strony internetowe

Ogólne informacje na temat schizofrenii

EUFAMI
www.eufami.org

EUFAMI jest europejską federacją stowarzyszeń rodzin i opiekunów mającą na celu:

- promowanie zdrowia psychicznego oraz działania na rzecz stałej poprawy w Europie jakości opieki medycznej i społecznej nad osobami dotkniętymi chorobą psychiczną
- prowadzenie stałych kampanii na terenie całej Europy, poświęconych prawom rodzin i opiekunów osób z chorobami psychicznymi
- wspieranie i wzmacnianie organizacji członkowskich (48 narodowych i regionalnych stowarzyszeń wolontariuszy w 27 państwach) w ich działaniach na rzecz poprawy opieki zdrowotnej nad osobami dotkniętymi chorobą psychiczną.

Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (National Institute of Mental Health - NIMH)
www.nimh.nih.gov

Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (NIMH) jest jedną z 27 instytucji wchodzących w skład Narodowego Instytutu Zdrowia (National Institutes of Health - NIH), głównej agencji do spraw badań biomedycznych i behawioralnych rządu Stanów Zjednoczonych. NIH jest częścią Amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (US Department of Health and Human Services).

Zadaniem NIMH jest zmniejszanie obciążenia ludności chorobami psychicznymi i zaburzeniami zachowania poprzez badania naukowe nad zdrowiem psychicznym, mózgiem i zachowaniem. NIMH finansuje badania naukowe prowadzone przez naukowców w Stanach Zjednoczonych jak również prowadzi własne programy naukowe. Poprzez programy skierowane na zewnątrz NIMH wspiera ponad 2000 grantów i kontraktów naukowych skierowanych do uniwersytetów i instytucji naukowych w Stanach Zjednoczonych i wielu innych państwach świata.

Schizophrenia.com
www.schizophrenia.com

Schizophrenia.com jest nie nastawioną na zysk platformą internetową zarejestrowaną w USA mającą na celu dostarczanie informacji, wspieranie i edukowanie członków rodzin i opiekunów oraz osób, których życie zostało zmienione w związku z diagnozą schizofrenii. Strona zawiera artykuły poświęcone wszystkim aspektom życia ze schizofrenią, jak również związane ze schizofrenią wiadomości. Strona oferuje również platformy do dyskusji, tematyczne pokoje do rozmów (czatowania) na różne tematy, jak również grupy dyskusyjne w językach narodowych wielu państw świata.

Rethink
www.rethink.org

Rethink jest największą organizacją charytatywną w Wielkiej Brytanii zajmującą się ciężkimi schorzeniami psychicznymi. Ma ona na celu poprawę losu osób dotkniętych ciężką chorobą psychiczną, zarówno pacjentów, jak i opiekunów, pracowników opieki społecznej i medycznej. Rethink oferuje szereg projektów społecznościowych obejmujących

pomoc w znalezieniu zatrudnienia, możliwość chronionego zakwaterowania, opiekę dzienną, telefony zaufania, opiekę w miejscu zamieszkania (opiekę środowiskową) oraz „miejsca wytchnienia".

Narodowy Sojusz na Rzecz Badań nad Schizofrenią i Depresją (National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression - NARSAD)
www.narsad.org

NARSAD jest organizacją charytatywną pozyskującą środki finansowe na badania naukowe nad przyczynami, metodami wyleczenia, leczenia i zapobiegania ciężkim chorobom psychicznym, jak schizofrenia i depresja. Strona ta oferuje przewodnik poświęcony schizofrenii, jak również porady i opisy własnych doświadczeń zamieszczane przez osoby cierpiące na choroby psychiczne.

Instytut Lundbecka (Lundbeck Institute)
www.cnsforum.com

Instytut Lundbecka prowadzi działania edukacyjne mające na celu poprawę jakości życia osób dotkniętych chorobami ośrodkowego układu nerwowego. Strona zawiera działy poświecone schizofrenii oraz animację „Brain Explorer" zawierającą wizualizacje pomocne w przedstawieniu chorób mózgu.

Program leczenia i oceny schizofrenii (Schizophrenia Treatment and Evaluation Programme - STEP)
www.ncartsforhealth.org/STEP.htm

Galeria sztuki programu STEP przedstawia dzieła sztuki i wiersze stworzone w ramach programu STEP przez pacjentów szpitala oraz poradni zdrowia psychicznego Uniwersytetu w Północnej Karolinie w Stanach Zjednoczonych. Strona ma na celu zmniejszenie stygmatyzacji związanej z chorobami psychicznymi i pokazanie, że osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi (w szczególności ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową) mogą być twórcze i produktywne.

Źródła informacji o firmie Lundbeck

H. Lundbeck A/S
www.lundbeck.com



Ta obszerna strona prezentuje pełny obraz działalności firmy Lundbeck. Przedstawia historię firmy, jej wizję działania i misję oraz aktualnie prowadzone badania nad nowymi lekami. Strona uwzględnia również takie informacje o firmie jak cena akcji, dane o sprzedaży i inne ważne wskaźniki ekonomiczne.

Książki

Birchwood M, Jackson C. Schizophrenia. Psychology Press, 2001.

Frith C, Johnstone E. Schizophrenia. A very short introduction. Oxford University Press, 2003.

Hirsch SR,Weinberger DR (eds). Schizophrenia. Second edition. Blackwell Science (UK), 2003.

McKenna PJ. Schizophrenia and related syndromes. Taylor Francis Group, 1997.

Schiller L, Bennett A. The quiet room: journey out of the torment of madness. Little, Brown and Company, 1996.

Tsuang MT, Faraone SV. Schizophrenia, the facts. Second edition. Oxford University Press, 1997.

Williamson P. Mind, brain, and schizophrenia. Oxford University Press, 2005.

Skróty i słownik

ABPI	Association of the British Pharmaceutical Industry	Brytyjskie Stowarzyszenie Przemysłu Farmaceutycznego
APA	American Psychiatric Association	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale	Krótka skala oceny psychiatrycznej
CDS	Calgary Depression Scale	Skala oceny depresji Calgary
CSF	cerebrospinal fluid	płyn mózgowo-rdzeniowy
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition	Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych, wydanie czwarte
EPS	extrapyramidal symptoms	objawy pozapiramidowe
EUFAMI	European Federation of Associations of Families of people with Mental Illness	Europejska Federacja Stowarzyszeń Rodzin Osób z Chorobą Psychiczną
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ludzki wirus niedoboru odporności
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th edition	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wydanie dziesiąte
IQ	intelligence quotient	iloraz inteligencji
MRI	magnetic resonance imaging	rezonans magnetyczny
NARSAD	National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression	Narodowy Sojusz na Rzecz Badań nad Schizofrenią i Depresją
NHS	National Health Service (of the United Kingdom)	Narodowy System Zdrowia (w Wielkiej Brytanii)
NIH	National Institutes of Health (US medical agency)	Narodowy Instytut Zdrowia (agencja rządowa USA)
NIMH	National Institutes of Mental Health(US)	Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego
NMS	neuroleptic malignant syndrome	złośliwy zespół neuroleptyczny
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale	Skala oceny zespołu pozytywnego i negatywnego
PET	positron emission tomography	pozytronowa tomografia emisyjna
STEP	Schizophrenia Treatment and Evaluation Programme	Program leczenia i oceny schizofrenii
WHO	World Health Organization	Światowa organizacja zdrowia

Anhedonia
Jeden z objawów negatywnych schizofrenii polegający na braku zdolności do przeżywania przyjemności.

Awolicja
Ogólny brak napędu, aby wykonywać jakiekolwiek czynności, w tym te składające się na zwykłe czynności życia codziennego.

Badanie PET
PET jest rodzajem badania obrazującego, które może wykrywać substancje chemiczne w mózgu. Jest ono czasami stosowane w celu oceny komórek nerwowych produkujących dopaminę.

Ciało migdałowate
Struktura złożona z istoty szarej, kształtem zbliżona do wyglądu migdała, położona w głębi każdej z półkul mózgu. Ciała migdałowate mają liczne połączenia z układem węchowym oraz z podwzgórzem. Ciała migdałowate są związane z regulacją nastroju, odczuwania, instynktami oraz prawdopodobnie z pamięcią ostatnich wydarzeń.

Dopamina
Jedna z substancji chemicznych (neuroprzekaźników) służąca w mózgu do przekazywania bodźców pomiędzy komórkami nerwowymi.

Dystonia
Zaburzenie czynności mięśni polegające na mimowolnych kurczach i wzmożonym napięciu mięśni.

Hipokamp
Obszar mózgu położony pod bocznymi komorami mózgu, zbudowany między innymi z silnie pofałdowanej kory mózgowej, będący częścią układu limbicznego.

Istota czarna
Obszar mózgu, w którym produkowana jest dopamina.

Krótka skala oceny psychiatrycznej BPRS
Skala obejmująca ocenę 16 objawów w tym: dziewięciu ogólnych, pięciu pozytywnych i dwóch negatywnych. Skala jest wypełniana przez lekarza. Każdy z objawów oceniany jest w skali 1-7 punktów (im wyższa liczba punktów, tym większe nasilenie objawu). Łączny wynik skali mieści się w związku z tym w przedziale 16-112 punktów. Typowy, przykładowy pacjent ze schizofrenią, kwalifikowany do badania klinicznego może mieć w tej skali wynik wynoszący 33 punkty.

Neurologiczne
Termin stosowany do opisu stanów lub objawów dotyczących układu nerwowego.

Neuroprzekaźnik
Rodzaj substancji chemicznej, która jest obecna w układzie nerwowym i służy do przekazywania bodźców pomiędzy komórkami nerwowymi. Do neuroprzekaźników zaliczamy m.in. dopaminę, acetylocholinę i noradrenalinę.

Objawy negatywne
Objawy polegające na zaniku cech prawidłowo obecnych. Zaliczamy do nich m.in. zubożenie emocjonalne, apatię i wycofanie społeczne.

Objawy pozapiramidowe
Grupa objawów związanych z częstym działaniem ubocznym leków przeciwpsychotycznych na układ ruchu. Zaliczamy do nich drżenie, sztywność, kurcze mięśni, ruchy mimowolne i niepokój ruchowy.

Objawy pozytywne
Objawy wytwarzane przez proces chorobowy (inaczej nazywane objawami wytwórczymi). Zaliczamy do nich omamy, urojenia, zdezorganizowanie mowy.

Omamy (halucynacje)
Objawy mogące powstawać w wyniku procesu chorobowego, rzadziej w wyniku działania leków. Polegają na tym, że osoba halucynująca widzi, słyszy lub odczuwa rzeczy, które w rzeczywistości nie istnieją.

Podwzgórze
Obszar przodomózgowia połączony ze wzgórzem i przysadką. Zawiera ośrodki kontrolujące temperaturę ciała, sen, pragnienie, apetyt, gospodarkę wodną i czynności seksualne. Jest ono również ściśle powiązane z przeżywaniem emocji.

Prolaktyna
Hormon wywołujący laktację (produkcję mleka) po urodzeniu dziecka oraz stymulujący wydzielanie progesteronu. Nadmierne wydzielanie prolaktyny może powodować mlekotok u obu płci.

Rezonans magnetyczny (MRI)
Rezonans magnetyczny (MRI) jest rodzajem badania obrazującego, wykorzystującego pole magnetyczne w celu uzyskania obrazu tkanek ciała ludzkiego. Badanie to jest szczególnie przydatne w badaniach układu nerwowego, mięśni i kości.

Skala oceny zespołu pozytywnego i negatywnego (PANSS)
Skala PANSS ocenia 30 objawów w tym: 16 ogólnych objawów psychopatologicznych, 7 objawów pozytywnych i 7 objawów negatywnych. Jest wypełniana przez lekarza, każdy objaw oceniany jest w skali 1-7 punktów. Całkowity wynik skali może się w związku z tym mieścić w zakresie 30-210 punktów. Wyniki pytań o objawy pozytywne i negatywne są często poddawane oddzielnie, mogą się one mieścić w przedziale 7-49 punktów. Typowy, przykładowy pacjent ze schizofrenią, kwalifikowany do badania klinicznego może mieć w tej skali wynik wynoszący 91 punktów.

Układ limbiczny
Złożony system szlaków i sieci neuronalnych w mózgu uczestniczący w zachowaniach instynktownych i ekspresji emocji. Obejmuje on ciała migdałowate, hipokampy i podwzgórze.

Urojenia
Nieprawdziwe i nie mające realnego uzasadnienia przekonania.

Współwystępowanie
Termin używany dla chorób lub zaburzeń, które nie są bezpośrednio powodowane przez chorobę podstawową, ale często z nią jednocześnie występują.

Zachowania katatoniczne
Grupa objawów negatywnych schizofrenii obejmująca przyjmowanie niezwykłych postaw ciała, menieryzyzmy lub sztywność.

Złośliwy zespół neuroleptyczny (NMS)
Bardzo rzadkie, ale potencjalnie śmiertelne powikłanie leczenia niektórymi lekami przeciwpsychotycznymi.

Indeks

www.lundbeck.pl

Informacji o leku udziela:
Lundbeck Poland Sp. z o.o.
ul. Krzywickiego 34, 02-078 Warszawa
tel. (0-22) 626 93 00
fax (0-22) 626 93 01

SER 5/2008/1

